LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Dermatologie : Le meilleur traitement de la gale, par le Dr Jullien, 709. — **Académie de médecine** : *Séance du 27 octobre.* — Présidence de M. Hervieux, 710. — Sérum anti-pesteux, 710. — Pouvoir hystéro-clasique du réflexe pharyngien et de certains réflexes tégumentaires, 710. — De l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde, 710. — Chimie de la respiration appliquée à la clinique et à la thérapeutique, 711. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 23 octobre.* — Présidence de M. d'Heilly, 100. — Hémorragies compliquant la vulvovaginite des petites filles, 711. — Oblitération de la veine cave supérieure, 711. — Gastrite dégénérative, 712. — Epistaxis à répétition, 742 — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 24 octobre.* — Présidence de M. Ladreit de Lacharrière, 712. Le meilleur traitement de la gale, 712. — Des ulcérations blennorrhagiques et de leurs complications, 713. — **Congrès français de chirurgie** : Dixième session tenue à Paris du 19 au 24 octobre 1896, 718. — Nouvelles considérations sur la leucokératose, 13. — Du sulfate de soude comme hémostatique, 713. — Hernies vaginales et vagino-labiales (Clythrocéle et pudendal hernia.), 713. — Du stercorome infantile, 714. — Pseudo actinomycoses, 715 — Thérapeutique chirurgicale des pieds-bots, 715. — **Société de chirurgie** : Procédé sacro-illiaque pour l'extirpation des tumeurs cancéreuses du rectum, 721. — Complications intra-crâniennes des otites, 721. — De l'emploi du tube en caoutchouc dans les anastomoses du tube digestif, 722. — Polype naso-pharyngien. Excellent résultat dû à la méthode lente, 722. — Ablation d'un lipôme arborescent du genou 722. — Catarate opérée il y a huit jours. Lavage de la chambre antérieure. Guérison, 722. — **Variétés** : Le docteur voyageur pour sa station, 722. — **Nouvelles**, 728.

DERMATOLOGIE

Le meilleur traitement de la gale

par le Dr Jullien,

chirurgien de Saint-Lazare.

En 1878, visitant l'hôpital spécial de Naples, sous la conduite de feu Tanturri, professeur de syphiligraphie et dermatologie, je ne fus pas peu étonné de voir dans la salle de consultation des malades nus que des infirmiers peignaient du haut en bas d'un liquide de couleur brune. C'étaient des galeux auxquels on appliquait le traitement par le baume du Pérou. On me dit que ce badigeonnage constituait toute la cure, sans frictions, sans cette *frotte* violente considérée comme indispensable à Paris. Cette simplicité de moyens me frappa, et dès mon retour en France je mis à l'essai la méthode napolitaine, à à laquelle je suis depuis resté fidèle. Toutefois je n'en ai acquis une grande expérience qu'au moment de mon entrée à Saint-Lazare où, comme on sait, les maladies produites par les acares sont fréquentes, si fréquentes que, avant 1890, il y avait une salle uniquement consacrée aux galeuses.

J'ai ainsi depuis six ans traité un bon nombre de femmes, mes régistres font mention de 150, mais j'estime qu'un nombre au moins égal leur échappe, les malades étant, dès leur apparition dans les salles, enduites et guéries, si bien que mon expérience hospitalière peut être considérée comme basée sur plus de 300 cas, sans parler de ceux que j'ai observés en ville depuis 18 ans. Enfin tout dernièrement un de mes excellents internes, O. Descouleurs, a passé sur ce sujet une très bonne thèse, où l'on trouvera tous les détails désirables. Il nous apprend notamment que ce mode de traitement est signalé dès 1863 par Petters (de Prague), puis par Burchardt, Nothnagel et Rossbach qui le préfèrent à tout autre, si bien que ce sujet presque neuf en France n'est pas loin d'être une vieillerie pour l'étranger.

Le Baume du Pérou agit sur les acares à la façon d'un toxique. On sait que placés sur un verre de montre et mis en contact avec les vapeurs sulfureuses, ces insectes peuvent rester 16 heures sans mourir, que dans la fleur de soufre et la pommade d'Helmerich, ils vivent encore pour la plupart au bout d'une heure. O. Descouleurs, ayant placé 6 acares au contact du baume put constater que après 10 minutes deux étaient morts; trois autres mouraient au bout de 20 minutes, et le dernier les suivait bientôt. Burchardt les avaient vus mourir entre 20 et 30 minutes et avait de plus reconnu que les œufs étaient frappés de mort. Il est donc à présumer que la *cinnaméine*, l'huile volatile qui d'après Frémy, est sa partie essentielle, l'unique constituant même du baume du Pérou, et qui n'est en réalité qu'un *cinnamate benzilique*, tue le sarcopte par asphyxie à distance, en même temps que par une sorte d'action corrosive, et non par une simple imbibition qui le ferait éclater, puisqu'on sait qu'il peut vivre jusqu'à 7 jours dans l'eau à 30° (Hébra) et que Descouleurs l'a vu survivre plus de 3 h. 1/2 à l'immersion dans la glycérine.

L'application du médicament est des plus simples.

Pas de lotion savonneuse préalable, les matières grasses de la peau servant très utilement l'action du remède. Il suffit d'étendre au pinceau une couche légère de baume et de frotter sans violence pour l'étendre sur toute la surface du corps. L'agent par sa volatilité pénètre facilement dans les sillons sans qu'il soit nécessaire de les déchirer; un bain de propreté est donné ensuite. Pour plus de sûreté je fais enduire mes malades le soir, et le bain est donné le lendemain; ils restent ainsi dans l'atmosphère bienfaisante et agréable d'effluves rappelant l'odeur du benjoin, mais cette condition n'est pas indispensable. Quand la maladie est invétérée, il n'y a nul inconvénient à prolonger plus longtemps l'action du remède, car il ne cause aucune irritation et est toujours bien supporté.

Employé systématiquement depuis cinq ans dans mon service de Saint-Lazare, ce remède s'est montré efficace dans tous les cas, sans en excepter des récidives graves et anciennes qui avaient résisté au traitement classique de l'hôpital Saint-Louis. Nous pensons qu'il est impérieusement indiqué chez les sujets à pyodermie étendue : impetigo, ecthyma, furoncles, chez les eczémateux, chez les affaiblis, les cardiaques, les albuminuriques, certaines gravides, les femmes en période menstruelle, et tous sujets auxquels les bains pour une raison quelconque sont interdits; signalons aussi les nourrissons à épiderme délicat chez lesquels la frotte est inévitablement suivie de dermatite ou de strophulus.

En résumé, c'est un moyen simple, que tout malade peut aisément s'appliquer lui-même, très sûr et précis comme action, d'une odeur suave qui plaît et qui est particulièrement appréciée de la clientèle. Nous ne connaissons aucune contre-indication au baume du Pérou, et les plus chauds partisans des pommades sulfureuses sont bien forcés d'avouer qu'elles en reconnaissent un bon nombre.

J'ajoute enfin : ce traitement est *d'un coût modéré*. Le prix en gros du baume du Pérou est de 20 à 30 fr. le kilogr., soit 2 à 3 fr. les 100 grammes, 1 fr. à 1 fr. 50 pour une friction, qui au prix de détail peut revenir à 2 fr. 50. Dans les mêmes conditions, c'est-à-dire au détail, la pommade d'Helmerich coûte environ 1 fr. 20 les 100 gr., soit de 2 à 3 fr. 50 pour les 250 gr. qui sont généralement nécessaires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1896. — Présidence de M. Hervieux

La Correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Poirier, candidat dans la section d'anatomie; 2° une lettre de M. Henri Benjamin, candidat dans la section de médecine vétérinaire; 3° une lettre de M. le Dr Barbe, priant l'Académie de recevoir en dépôt un pli cacheté (accepté).

M. Polaillon présente de la part de M. le Dr Burot, un travail manuscrit sur le tétanos à Madagascar.

Sérum anti-pesteux. — M. H. Monod communique de nouveaux documents relatifs à l'emploi du sérum antipesteux découvert par le Dr Yersin. Après le départ de Canton de M. Yersin, deux nouveaux élèves atteints de la peste bubonique ont été guéris par les inoculations. Le Dr Yersin s'est rendu à Amoy où les cas de peste étaient nombreux. Pendant les 10 jours où il y a séjourné, il a obtenu 20 guérisons de la peste bubonique sur les 22 cas traités par les injections sous-cutanées de sérum. On peut actuellement considérer l'efficacité du sérum Yersin pour la guérison de la peste bubonique comme un fait démontré.

M. Hervieux désire protester contre le mot antipesteux en tant que qualificatif du sérum destiné à combattre la peste. C'est un mot hybride formé de deux mots qui appartiennent à des langues différentes; d'autre part, si dans ce mot on évitait de prononcer l's comme on le fait pour certains mots de la langue française, il en résulterait un effet lamentable. M. Hervieux propose donc le mot antiloémique, du mot λοίμος, qui signifie peste.

Pouvoir hystéro-classique du réflexe pharyngien et de certains réflexes tégumentaires. — M. Clozier (de Beauvais) lit un travail qu'il termine par les conclusions suivantes :

Chez tout hystérique sujet aux crises, toute irritation mécanique ou électro-faradique des rameaux périphériques ou du tronc même des nerfs sensitifs peut, au gré de l'expérimentateur, servir à provoquer ou à juguler tout paroxysme hystérique, sous quelque mode qu'il se présente.

Aussi doit-on penser que les hystéronévroses, cessant d'être considérées comme des entités morbides plus ou moins mal définies, seront bientôt regardées comme l'expression d'actes purement réflexes provoqués par des agents physiques ou chimiques.

De l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde.— M. Dieulafoy. Peu à peu, dans les péritonites, ce qui était du domaine de la médecine est passé dans le domaine de la chirurgie. Il n'est pas jusqu'à la fièvre typhoïde qui ne tende à passer dans le domaine des chirurgiens. Faut-il intervenir chirurgicalement dans la péritonite de la fièvre typhoïde ? Les hommes de ma génération ont été élevés dans cette idée que les péritonites de la fièvre typhoïde devaient être classées en deux catégories : les péritonites par perforation et les péritonites par projection. Cette classification est à revoir. Huit fois sur dix, la péritonite par perforation s'installe d'une manière insidieuse, à l'insu du malade et même du médecin. C'est surtout sur la température qu'il faut insister. Dans la plupart des cas il y a une chute brusque de température de 4 ou 3°; ce n'est pas un signe infaillible, cependant. Il y a d'autres cas dans lesquels il y a une chute brusque dans le cours d'une fièvre typhoïde; mais dans la perforation la chute brusque va jusqu'à l'hypothermie, et tous les autres symptômes s'aggravent au lieu de s'atténuer. Il peut y avoir chute brusque de la température dans les cas d'hémorragie intestinale, mais alors la température remonte presque aussitôt.

Il y a des cas où la perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde amène une peritonite qui guérit cependant, comme on peut le voir lorsque les malades succombent ultérieurement à une autre maladie.

La péritonite par propagation a été décrite pour la première fois par un médecin des hôpitaux, Thirial, dans la

Gazette des Hôpitaux de 1893. Thirial, voyant survenir des péritonites sans perforation, en concluait à la péritonite par propagation ; c'était toujours du côté de la fosse iliaque droite que se manifestaient ces péritonites. Ceux qui ont fait de nombreuses autopsies de fièvre typhoïde, ont vu fréquemment des intestins ajourés par des plaques de Peyer, sans qu'il y eût aucune péritonite. D'autre part, lorsqu'il y a péritonite on peut ne rien trouver du côté des plaques de Peyer. Il faut toujours penser dans ces cas à des lésions possibles de l'appendice; mais dans certains cas il n'y a pas perforation de l'appendice, mais appendicite excluant comme un appendicite vulgaire.

En résumé, il y a dans la fièvre typhoïde deux formes de péritonite : une péritonite par perforation et une péritonite liée aux accidents périappendiculaires. Si nous sommes en face d'une péritonite liée à l'appendicite, nous ne devons pas hésiter, nous devons demander l'opération, si nous sommes en face d'une péritonite par perforation, on hésite à juste titre. On a publié trois ou quatre statistiques, mais qui ne permettent pas de faire un pourcentage. M. Dieulafoy propose les conclusions suivantes :

1° Au cas d'appendicite typhoïde et de péritonite typhoïde appendiculaire, l'opération se fait dans les meilleures conditions ; elle donne les meilleurs résultats pourvu que l'intervention soit faite en temps voulu.

2° Au cas de péritonite typhoïde par perforation, l'opération donne au malade quelques chances de salut. La difficulté est de saisir le moment opportun de l'intervention.

3° Malgré les ulcérations intestinales, la suture de l'intestin aboutit à la cicatrisation de la perforation, l'intervention chirurgicale est donc motivée.

Chimie de la respiration appliquée à la clinique et à la thérapeutique. — M. Albert Robin a fait avec M. Binet, de Saint-Honoré-les-Bains, des recherches sur ce sujet. Aujourd'hui, il se borne à signaler quelques conclusions.

La balnéation froide diminue la température en amoindrissaent les actes d'hydratation et de dédoublement, première étape de la désintégration cellulaire, et producteurs de toxines qui sont des sources importantes de la chaleur fébrile.

Elle exagère les actes d'oxydation qui transforment en produits solubles, facilement éliminables, peu nocifs, les toxines bactériennes et celles qui proviennent de la désintégration morbide des tissus.

Elle augmente la tension artérielle, relève l'activité du cœur et par suite la diurèse, d'où balayage et plus facile expulsion des déchets.

Ces effets s'accomplissent par l'intermédiaire d'une action reflexe exercée sur le système nerveux, comme semble le prouver le relèvement du rapport urinaire de l'acide phosphorique total à l'azone total.

La plus grande quantité de l'oxygène absorbé par les tissus, pendant l'action des bains froids, parait être l'un des mécanismes à l'aide duquel l'économie relève les actes d'oxydation dont il s'agit.

A l'appui de cette dernière assertion, nous pouvons fournir deux ordres de preuves, car on serait en droit de se demander si cet O^2, absorbé par les tissus et ne servant pas à la formation de l'acide carbonique, n'est pas consommé pour les besoins personnels du bacille d'Eberth qui est aérobie.

Mais, dans celui de nos cas qui s'est terminé par la mort, le O^2 absorbé a diminué depuis l'entrée du sujet à l'hôpital (10 juin) jusqu'au jour où il n'a plus été possible de recueillir les gaz de la respiration. Ainsi, pour les trois périodes, les quantités de O^2 absorbé, ont été successivement de :

1re période : Lutte.....	1 cc 85
2e période : Intermédiaire.....	1 cc 31
3e période : Défaite..	0 cc 178

Donc, plus la maladie s'est aggravée, plus l'organisme a fléchi devant le bacille, plus le O^2 absorbé par les tissus a diminué. Plus élevé que normalement quand le malade semblait lutter avec quelques chances de succès, il s'abaisse au-dessous du chiffre physiologique quand la victoire se décide en faveur du bacille. Certes, les choses iraient autrement si cet O^2 absorbé servait plus l'activité bacillaire que les actes de la défense organique.

Au contraire, dans un cas de guérison, le O^2 absorbé pendant la période d'état s'élevait à cc 2, soit environ le double de la normale. Vient la convalescence, le O^2 absorbé tombe à 1 cc 1, chiffre normal. Ainsi, pendant une lutte dans laquelle le malade triomphera, le O^2 absorbé augmente au point de doubler, et la lutte finie, tout rentre dans l'ordre. Quelle interprétation plus plausible que celle qui attribue à cet O^2 absorbé un rôle dans cette défense victorieuse ?

L'action des bains froids sur les échanges respiratoires confirme donc, de la facon la plus éclatante, les conclusions thérapeutiques posées plus haut et que je formulerai en disant que les actes d'oxydation étant des procédés de défense de l'organisme, le rôle du médecin doit être de favoriser, par tous les moyens possibles, l'absorption de l'oxygène, et cela non seulement dans la fièvre typhoïde, mais dans toutes les infections, surtout quand elles se compliquent d'état typhoïde.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 octobre. — Présidence de M. d'Heilly.

Hémorragies compliquant la vulvo-vaginite des petites filles. — M. Comby. Parmi les vulvo-vaginites, si communes chez les petites filles, il y en a de légères causées par le streptocoque ou le staphylocoque, et de graves causées par le gonocoque. La vulvo-vaginite gonococcique a une grande tendance à se propager à l'urétre et au vagin, gagnant quelquefois jusqu'à la vessie et jusqu'à l'utérus. C'est à cette forme seulement qu'appartiennent les hémorragies. ou plutôt ce n'est que dans cette forme que je les ai rencontrées dans trois cas. Dans ces trois cas les petites malades avaient été reçues à l'hôpital pour de prétendues métrorragies ou menstruation précoce. Mais toutes les trois, avant l'hémorragie, avaient présenté un écoulement purulent qui existait encore.

Il a suffi de lavages au permanganate de potasse (1 pour 1000), de cautérisations des surfaces saignantes au nitrate d'argent (solution à 1 pour 50), pour obtenir la guérison rapide de la vulvo-vaginite et des hémorragies vulvaires.

Il importe d'avoir ces faits présents à l'esprit pour ne pas admettre à tort, comme on l'a fait quelquefois, des métrorragies ou des ménorragies infantiles.

Oblitération de la veine cave supérieure. — M. Achard

présente une malade. L'établissement d'une circulation collatérale a amené une diminution considérable de l'œdème qui, à l'origine, il y a six semaines, occupait la face, le cou, les membres supérieurs et qui, aujourd'hui, est limité au bras droit.

Gastrite dégénérative. — M. HAYEM présente une série de préparations microscopique et de dessins se rapportant aux diverses variétes anatomiques de cette maladie

Epistaxis à répétition. — M. RENDU communique une observation d'épistaxis dont la cause, malgré un examen très attentif, est restée inconnue. Le malade n'était pas hémophilique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 oct. — Prés. de M. LADREIT DE LACHARRIÈRE.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Duroziez a la parole à propos du procès-verbal.

M. DUROZIEZ. — M. Bianchi écrit : « La mobilité du foie par la digestion n'infirme pas l'importance de la limite supérieure du foie pour la délimitation de l'aire cardiaque. Lorsque le foie se déplace en haut ou en bas, il déplace aussi le diaphragme sur lequel le cœur a son point d'appui, et le cœur se déplace comme le foie. Si le foie est transporté en haut, le cœur se porte en haut; si le foie tombe en bas, le cœur s'abaisse également. Avoir la limite supérieure du foié comme ligne correspondant à la limite inférieure du cœur est un point séméiologique vrai et bien choisi. Le cœur comme le foie est très mobile, et pendant la digestion il tombe en bas et à gauche présque verticalement ou il est reporté en haut et à droite. Ce sont des variations de position très importantes qui ne sont jamais trop profondément considérées ».

Je n'admets pas que la position du cœur soit liée aux pérégrinations du foie. Les deux côtés du diaphragme ont l'action isolée ; l'un peut être refoulé et l'autre abaissé; on le voit dans les épanchements pleuraux. Que de fois je vois le foie rejeté très haut sans que le cœur soit déplacé dans les mêmes proportions, et heureusement. Je n'accepte pas que la limite supérieure du foie corresponde à la limite inférieure du cœur. Cette limite supérieure du foie varie avec le percuteur; avec la profondeur où il pénètre. Pour trouver cette limite, il faut traverser une couche épaisse du poumon, il faut percuter profondément. Je cherche la limite inférieure du cœur d'un côté et la limite supérieure du foie de l'autre sans les relier. Je suis étonné que M. Bianchi ait besoin de cette aide pour trouver la ligne inférieure du cœur.

M. JULLIEN. Dans l'historique si bien fait par M. Guépin des opinions ayant eu cours sur la fixité du rein, qu'il me soit permis de relever une omission.

Sans oublier les anciens, je crois que personne n'a étudié avec plus de perspicacité les moyens d'attache du rein et ses déplacements que notre collègue Glénard. Il y a plus d'une dizaine d'années que, s'aidant de l'anatomie et de nombreuses dissections, il a fait voir le rôle de cet organe dans les différentes visceroptoses que le premier il nous fit connaître. Il nous apprit à examiner le rein, à placer les doigts en crochet au niveau de l'ensellure de la taille pour surprendre l'abaissement qui accompagne les contractions du diaphragme, à se mettre à l'affût, suivant sa pittoresque expression, à reconnaître le point où cesse le mouvement physiologique pour faire place à l'anormal, à l'exagéré, au morbide. Nul n'a consacré plus de développements et de plus instructifs que cet auteur à la description du rein mobile, méconnu presque complètement jusqu'à lui, nul n'a mieux indiqué les cas dans lesquels il faut le traiter et par quels moyens.

C'est une réclamation qu'il eût dn faire lui-même, il ne l'a pas voulu, et si je fais violence à sa modestie, c'est avec la conviction de rendre hommage à la vérité.

M. le Président souhaite la bienvenue à M. Guitter (de Cannes), membre correspondant, qui assiste à la séance.

CORRESPONDANCE IMPRIMÉE. — Revues et journaux habituels.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE. — Carte de M. Lépine, préfet de police, remerciant la Société de l'envoi du livre et de la médaille. — Lettre demandant des renseignements sur le concours pour le crachoir de poche. — Lettre de M. Milliée s'excusant de ne pouvoir assister à la séance. — Lettre de M. Germe (d'Arras) posant sa candidature au titre de membre correspondant national. — Lettre de M. Mello-Barreto (de Saint-Paul, Brésil) posant sa candidature au titre de membre correspondant étranger.

M. JULLIEN annonce à la Société qu'il a reçu une lettre du Consul de France au Brésil, lui confirmant la mort de M. Ataliba de Gomensoro (de Rio Janeiro), membre correspondant.

M. DUROZIEZ est désigné comme rapporteur de la candidature de M. Germe.

M. MARTHA est désigné comme rapporteur de la candidature de M. Mello Barreto.

Sur la demande de M. Pellier, sa communication sur un cas d'hysterectomie abdominale est renvoyée à la prochaine séance.

Le meilleur traitement de la gale. — M. JULLIEN. (Voir ci-dessus p. 709).

M. POLAILLON demande quelle préparation il faut employer : le baume du Pérou est une résine, il faut en faire une solution dans l'alcool.

M. JULLIEN. Il y a en pharmacie deux espèces de baume du Pérou, l'un blanc et sec produit du *myrospermum peruiferum*, l'autre qui se présente à l'état naturel comme un suc mou, liquide, ayant la consistance du sirop cuit, et qui proviendrait du *myrospermum pubescens*. C'est un produit pur et absolument naturel, sans aucun mélange d'alcool, que j'emploie.

M. MARTHA demande si le baume du Pérou n'a pas d'effet défavorable sur les reins.

M. JULLIEN n'a jamais constaté d'albumine dans les urines de ses malades.

M. DUROZIEZ demande si le baume du Pérou ne pourrait pas avoir une action curative analogue sur les autres parasites.

M. Jullien l'a essayé, il n'est arrivé qu'à des résultats négatifs, particulièrement sur les pédieules du pubis.

Des ulcérations blennorrhagiques et de leurs complications, — M. Jullien (sera publié).

M. Duroziez. M. Jullien a parlé de la difficulté du diagnostic du chancre. Je vois à la fin d'août un jeune homme qui, 4 ou 5 jours après des rapports avec une demi-mondaine, a de la blennorrhagie et des ganglions inguinaux enflammés. Il a de plus sur le bord externe du prépuce une tumeur grosse comme une petite lentille. Il est à la campagne Un médecin lui fait faire des injections au permanganate et des frictions mercurielles belladonées. Huit jours après il rentre à Paris et vient me voir. La blennorrhagie est modérée. La petite tumeur persiste non érodée, ainsi que les ganglions des deux côtés. On continue les frictions et le permanganate. Il n'apparaît aucune roséole, aucun ecthyma dans les cheveux. La petite tumeur jette un peu de pus par un petit trou. Il reste un peu d'induration qui s'étale vers l'uréthre en plaque mince de quelques millimètres. Je me décide à lui faire prendre du bi-chlorure de mercure? Les ganglions diminuent. Rien n'apparaît ni à la gorge, ni ailleurs. Dois-je continuer le traitement? A-t-on affaire à un chancre induré? La blennorrhagie s'accompagne-t-elle de la pléiade ganglionnaire?

MM. Dubuc et Tissier pensent que le cas de M. Duroziez n'est nullement syphilitique, étant donné le temps trop court de l'incubation. Quant aux ganglions, ils peuvent exister depuis longtemps, et n'avoir pas d'origine syphilitique.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Bronard.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Dixième session tenue à Paris du 19 au 24 octobre 1896.

Nouvelles considérations sur la leucokératose. — M. Le Dentu. Au Congrès de Lyon j'ai fait part de mes recherches sur cette affection qui est appelée ichtyosis lingual, psoriasis lingual, plaques blanches des fumeurs, leucoplasie buccale, et que je désignerai sous le nom de leucokératose. Mon travail s'appuyait sur les recherches histologiques de Leloir, sur celles qui avaient été effectuées dans mon laboratoire, et sur dix cas cliniques que j'avais réunis. Aujourd'hui je possède de nouveaux examens histologiques, de nouvelles observations qui m'ont amené à modifier sur certains points les conclusions que je vous ai précédemment apportées.

Laissant de côté les épithéliomas leucoplasiques de la vulve dont je n'ai pas eu l'occasion de m'occuper et qui doivent être régis par les mêmes lois, je ne viserai que ceux de la langue et des lèvres. Je dirai des uns et des autres, en les comparant aux épithéliomas vulgaires :

1° Qu'il faut les considérer, non comme un accident dans le cours de la leucoplasie, mais comme une phase ultime de la maladie;

2° Que si cette terminaison n'est pas fatale, elle est fréquente, mais dans une proportion qui n'a pas été déterminée;

3° Qu'ils ont moins de tendance à s'infiltrer dans les couches sous-jacentes à la muqueuse et à gagner les ganglions lymphatiques;

4° Qu'ils se reproduisent plutôt par une extension graduelle à des points non encore transformés que par une véritable récidive sur place;

5° Que leur évolution semble plus lente et qu'ils sont peut-être réellement, d'une façon générale, doués d'une moindre malignité;

6° Qu'il faut néanmoins s'en méfier comme s'ils devaient toujours se comporter comme des néoplasmes de la pire espèce;

7° Que l'ablation précoce est prudente pour toute plaque simple, isolée ou associée à d'autres, qui se montre réfractaire à l'action des émollients, des alcalins, des topiques modificateurs, des diverses sortes de caustiques faibles et du feu employé superficiellement;

8° Que l'ablation radicale s'impose pour toute plaque isolée ou associée qui s'écarte du type le plus simple par sa fissuration, son ulcération ou son développement papillomateux.

Du sulfate de soude comme hémostatique. — M. Jacques Reverdin (Genève). — J'ai employé plusieurs fois avec succès le sulfate de soude à faibles doses (0,10 cent. toutes les heures) dans des hémorragies capillaires graves, spontanées ou traumatiques; en particulier dans un cas où l'hémorragie consécutive à l'extirpation d'une tumeur bénigne sous-cutanée avait résisté à tous les moyens depuis huit semaines et où l'arrêt de l'hémorragie fut immédiat; dans un autre cas d'hémorragie traumatique, dans des ménorragies, etc., etc.

Cette médication, employée par le P. Kussmaul et conseillée par lui est, paraît-il, populaire dans le nord de l'Allemagne dans l'hémophilie.

J'ai cherché à déterminer le mode d'action du sulfate de soude expérimentalement; administré aux animaux (lapins, cobayes) par ingestion avec la nourriture ou par injection intra-veineuse, il paraît avoir pour effet de rendre plus rapide la coagulation du sang; administré par injection sous-cutanée, il n'en a pas été de même dans les expériences que j'ai faites.

Dans les cas cliniques on ne devra pas employer les injections sous-cutanées, mais administrer le sulfate de soude par la bouche.

Hernies vaginales et vagino-labiales (Clythrocèle et pudendal hernia). M. Paul Berger. — I. Une femme de trente-quatre ans porte à la vulve une tumeur qui sort dès qu'elle se lève, qui est recouverte par la muqueuse de la paroi vaginale postérieure, qui présente de l'expansion dans la toux, qui est réductible avec gargouillement. Cette tumeur s'accompagne d'un prolapsus réductible de la matrice. Ce n'est ni une rectocèle (car le doigt introduit dans le rectum ne pénètre pas dans la tumeur), ni un prolapsus simple du cul-de-sac de Douglas entraîné par la matrice, car quand l'utérus est remis en place on sent l'intestin qui descend encore entre le vagin et le rectum jusqu'au périnée. C'est bien une hernie vaginale. Considérant que les inconvénients qu'elle détermine sont tous dus au prolapsus génital qui l'accompagne, je me borne à traiter celui-ci par l'hystéropexie abdominale et la colporrhaphie. La malade

est ainsi débarrassée des troubles fonctionnels dont elle se plaignait.

Au cours de l'opération, j'ai pu constater que le cul-de-sac inter-vagino-rectal présentait des dimensions énormes, une très grande laxité, mais qu'aucun resserrement ne séparait la cavité qu'occupait la hernie du cul-de-sac de Douglas. C'est la première variété, non pédiculée, de la hernie vaginale à laquelle se rattachent les observations de Hoin, Astley Cooper, Reid, Zuckerkandl. Il est une seconde sorte de hernie vaginale, pédiculée, qui a pu être prise pour un polype de la matrice et du vagin : tels sont les cas de Sandifort, de Michelson et Lutrin, de Gaillard-Thomas. Cette forme, qui dérive de la première, tient à ce que la paroi vaginale s'est laissé forcer en un point.

La hernie vaginale peut prêter à des complications au cours de l'accouchement; Smellie, Fordice Baker, Peter Young en ont cité des exemples, mais elle ne paraît guère pouvoir s'étrangler et ne détermine une gêne que par l'accroissement de son volume et le prolapsus utérin qu'elle finit par entraîner.

La cure radicale n'est guère possible, quand la hernie n'est pas pédiculée, car il n'y a là ni sac à extirper, ni orifice fibreux à fermer; la hernie pédiculée seule peut être traitée par l'extirpation du sac. Celle-ci n'a jamais été pratiquée : Gaillard-Thomas a invaginé le sac, l'a retourné dans le ventre et a fixé son fond à la face profonde de la paroi abdominale antérieure. L'opération que j'ai pratiquée est toute palliative, mais elle a donné un bon résultat fonctionnel.

II. — Hernie occupant la partie postérieure de la grande lèvre chez une jeune fille; mais l'orifice inguinal est libre; la hernie n'est ni une hernie obturatrice ni une hernie périnéale : de plus on sent qu'un orifice situé à la face interne de l'ischion lui donne passage, et le doigt introduit dans le rectum et appuyé sur ce point empêche la hernie de descendre.

C'est bien une hernie postérieure de la grande lèvre, hernie vagino-labiale, pudendal hernia d'Astley Cooper. Malgré l'assertion contraire de Zweifel, celle-ci est très rare : les seuls cas connus sont ceux de Hager, de Scarpa. On n'en connaît pas d'observation anatomique.

Cette hernie paraît être un degré plus avancé de la hernie vaginale, qui, arrivée au périnée, franchit un interstice du releveur de l'anus et forme ainsi la hernie postérieure de la grande lèvre ou la hernie périnéale. Comme la hernie vaginale d'où elle procède, elle est probablement d'origine congénitale (Ebner, Breisky, Zuckerkandl); une observation de M. Massé semble indiquer néanmoins que ces hernies peuvent être dues à la traction d'un lipome sous-péritonéal.

Cette hernie est facile à distinguer des hernies antérieures de la grande lèvre (inguinales), des hernies crurales et obturatrices.

Elle doit être traitée par l'ouverture, la dissection, l'excitation du sac et la suture de l'orifice. Dans le cas présent, l'opération, proposée par M. Berger, ne fut pas acceptée.

De l'emploi du bouton de Murphy. — M. Heydenreich, de Nancy, après avoir rapporté 4 observations personnelles dans lesquelles il a employé le bouton de Murphy, examine, d'après les cas publiés, les accidents qu'a provoqués cet instrument.

Dans une première série de faits, le bouton n'a pas réalisé l'affrontement exact des surfaces mises en contact, soit que le bouton n'ait pas été suffisamment serré, soit qu'étant trop petit il ait laissé glisser au dehors la paroi stomacale. Les accidents peuvent être évités, grâce à une bonne technique et à l'emploi d'un bouton de dimensions appropriées. Au besoin on a la ressource d'appliquer sur tout le pourtour de la zone d'affrontement une série de points de suture de Lembert.

Un second groupe comprend les cas dans lesquels la présence du bouton a empêché le cours des matières intestinales. En l'absence de faute commise, cet accident ne s'observe que lorsqu'on opère sur le gros intestin, où les matières fécales sont solides Il est indiqué alors de se servir d'un bouton à lumière très large et d'administrer à l'opéré de légers laxatifs. Il serait même prudent de n'avoir pas recours au bouton dans les opérations portant sur le gros intestin.

Dans une 3e série d'accidents on a observé : une perforation viscérale, soit par échec de la réunion, soit par gangrène due à la compression exercée latéralement par un bouton trop gros. L'échec de la réunion semble avoir eu le plus souvent pour cause une défectuosité dans la construction de l'instrument. Ainsi les tuniques de l'estomac ou de l'intestin doivent être comprimées entre deux surfaces convexes et non pas entre deux bords minces qui coupent les tissus. Il faut éviter que les trous latéraux dont est percé l'instrument aient un bord coupant ou que la pièce mâle, après avoir été emboîtée dans la pièce femelle, dépasse par son bord tranchant la lumière de cette dernière pièce.

Un dernier reproche a été adressé au bouton de Murphy, c'est que parfois il n'est pas expulsé. En effet, à la suite d'une gastro-entérostomie, il n'est pas rare que le bouton de Murphy tombe dans l'estomac et y reste. Il peut alors produire quelques accidents.

En dépit des reproches qui peuvent lui être adressés, le bouton de Murphy ne saurait être rejeté. Il a l'inappréciable avantage de permettre une opération rapide chez des malades le plus souvent très affaiblis, incapables de supporter une intervention d'une certaine durée. Les efforts des chirurgiens doivent tendre à perfectionner la construction du bouton, à le rendre plus léger, moins volumineux, résorbable.

Du stercorome infantile. — M. Demons (de Bordeaux). On désigne sous le nom de coprostase l'accumulation de matières fécales dures dans l'intestin. On confond cette affection avec de véritables tumeurs abdominales, et le diagnostic n'est pas toujours aisé pour qui n'est pas prévenu. J'aimerais donc mieux remplacer le mot de coprostase par celui de stercorome qui indique bien que cet amas de matières fécales dans l'intestin forme une véritable tumeur.

Ces stercoromes sont très fréquents chez le vieillard où ils sont d'un diagnostic facile. Mais il en existe aussi de nombreux cas chez l'enfant; et chez ce dernier on est exposé à des erreurs de diagnostic.

L'observation suivante est intéressante à ce sujet.

Un enfant de 8 ans entre dans un lycée. Là on s'aperçoit qu'il souille son lit de matières fécales; il est atteint de plus d'une constipation opiniâtre. Même le jour, il perd inconsciemment ses matières fécales; et parfois il perd aussi les urines. Mais son état général reste bon. Au bout de quelques mois cependant il perd son appétit, il devient triste. Les purgatifs ne donnent aucun résultat.

Un médecin le voit à ce moment, et constate l'existence d'une tumeur abdominale énorme. Il fait le diagnostic de tumeur du mésentère. Je vois alors le petit malade. Je constate de même l'existence d'une tumeur abdominale allant de l'appendice xiphoïde au pubis, et s'étalant dans les fosses iliaques. Il n'y avait ni œdème, ni ascite. La tumeur était mobile, dure, bosselée. La pression prolongée des doigts sur la tumeur déterminait un enfoncement persistant assez longtemps. Par le toucher rectal on trouve une grosse masse de matières fécales accumulées dans le rectum ; cette masse se confondait en haut avec la tumeur abdominale. Le toucher rectal vint donc rapidement éclairer le diagnostic. Il s'agissait d'une énorme coprostase, d'une grosse tumeur stercorale. Rejetant les purgatifs et l'électricité, je fragmentai, avec les doigts introduits dans le rectum, les masses fécales que je pouvais atteindre en allant de bas en haut. Puis je fis une série d'injections rectales. Je pus de la sorte extraire une grande partie des matières fécales ; et le malade rejeta peu après spontanément 800 grammes encore de matières. On répéta les séances de fragmentation pendant 10 jours. Le malade fut débarrassé ainsi rapidement de sa tumeur stercorale.

Voilà donc un enfant qui pendant 18 mois a bien supporté une accumulation énorme de matières fécales dans l'intestin. Le diagnostic était difficile. Il fallait le faire d'avec toutes les autres tumeurs abdominales : kystes, cancer, péritonite tuberculeuse, etc. Mais quand il s'agit d'un stercorome, il n'y a ni douleur, ni perte complète de l'appétit. Les accidents évoluent lentement. La 1re période dure plusieurs mois. On passe alors à de la dyspepsie, ou à de l'anémie. Dans la 2e période de la tumeur, on pense à une tumeur abdominale. Mais le toucher rectal met sur la voie. Il n'y a d'ailleurs ni ascite, ni œdème, ni cachexie. Les doigts enfoncés sur la paroi abdominale laissent une empreinte dans la tumeur stercorale.

Quant au traitement, il faut donner des purgatifs dans la 1re période de constipation. Dans la 2e période, il faut éviter l'emploi des drastiques et de l'électricité. On fragmente les masses fécales dans le rectum à l'aide des doigts, et dans plusieurs séances successives. On fait des injections rectales répétées. L'intervention sanglante est rarement indiquée. Il faut éviter le retour des accidents par un traitement approprié

Pseudo-actinomycoses. — M. Poncet (Lyon). J'ai opéré trois phlegmons de la région cervico-faciale, qui se présentaient avec tous les caractères des inflammations de nature actinomycosique, et chez lesquels j'ai été surpris de voir que les grains jaunes, contenus dans le pus, présentaient un volume plus considérable que d'habitude. L'examen histologique et les cultures ont, du reste, démontré qu'il s'agissait dans l'espèce d'un champignon autre que l'actinomycose.

En recherchant dans les auteurs j'ai recueilli douze observations dans lesquelles le parasite que je viens de caractériser a été vu et signalé.

Dans un des cas de phlegmons ligneux du cou décrits par M. Reclus, M. Lesage a décelé des germes qui pourraient bien être ceux que je viens de vous signaler.

En tout cas l'étiologie des pseudo actinomycoses est inconnue.

Le traitement réclame une large incision et le drainage. L'iodure de potassium n'a eu, chez mes malades, aucune action ; du reste, d'après ce que j'ai vu, ce médicament n'agit pas davantage dans l'actinomycose vraie.

Thérapeutique chirurgicale des pieds-bots. — M. le Dr Forgue, de Montpellier, rapporteur. — *Evolution actuelle de la question.* Le pied-bot évolue par des déplacements osseux d'abord, par des déformations ensuite. C'est un ensemble de subluxations, d'autant plus difficilement réductibles que les os ont le temps de se déformer davantage et les rétractions fibreuses de s'accentuer Malgré la sécurité que nous a apportée l'antisepsie, nous continuons à admettre l'emploi de la force pour réduire les os luxés. Il est donc logique d'en faire l'application aux déplacements du pied-bot, soit par le redressement manuel, soit avec le secours des machines. Par contre, dans les cas graves et invétérés, dans les formes irréductibles, la médecine opératoire a pris, grâce à l'antisepsie, un champ d'action large et sûr.

Cette étude vise les pieds bots congénitaux et parmi eux le varus équin qui est l'espèce clinique dominante.

I. Importance et raisons d'un traitement précoce. — La majorité des chirurgiens paraît s'être ralliée à cette règle : la précocité du traitement. Nous conseillons la cure hâtive du pied-bot. Chez les enfants vigoureux, nous l'avons souvent commencée dès le premier mois, bien que l'application des plâtres rencontré, à cet âge, quelques difficultés. L'enfant ne subit aucun retard dans ses premiers essais de marche : la plante aura pris à ce moment ses appuis normaux et la longue période de convalescence se sera achevée avant que l'enfant ne mette pied à terre.

1° *Chez le jeune enfant, la malformation osseuse n'est point initiale et reste corrigible.*

Farabeuf a mis en lumière l'erreur de l'hypothèse classique du « caprice morphologique de l'ossification », de la malformation primitive et pathogène. C'est sur le tarse postérieur, sur l'astragale surtout, centre physiologique des mouvements du pied et pivot de ses déformations, que se concentre l'intérêt de cette question. Ici les déformations squelettiques sont la conséquence et non la cause de la déviation. Il est cependant un trait caractéristique des déformations de l'astragale dans le varus équin qui mérite discussion ; c'est l'obliquité exagérée de la tête et du col par rapport au corps de l'os.

Mais s'agit-il là vraiment d'une modification anatomique congénitale assez constante, assez accentuée pour créer de bonne heure des obstacles à la réduction ? Il ne faut point oublier que, chez le fœtus à terme, l'astragale présente à l'état normal un col oblique sur le corps. En se rapportant à ce type normal, on voit que cette fameuse torsion du col astragalien ne le dépasse point, en général, d'une quantité considérable, excepté dans quelques cas où elle s'accentue manifestement et qui vraisemblablement répondent à ceux, bien connus des cliniciens, chez lesquels, à égalité d'âge, parfois même à égalité de déviation apparente, la réduction se heurte à des résistances très difficiles à surmonter.

Cette mauvaise configuration originelle du massif tarsien, de l'astragale surtout, est l'exception. Il semble que l'astragale ait incliné sa tête en dedans, allongeant son col en dehors. C'est là une apparence trompeuse d'après Farabeuf. Pour cet auteur, la face interne du col de l'astragale a été envahie par la tubérosité du scaphoïde ; la surface articulaire de la tête de l'astragale s'étend sous le frottement du

scaphoïde et d'antérieure devient interne. Mais cette tête continue à regarder en avant par sa facette articulaire primitive mise à découvert par la subluxation du scaphoïde. Et la preuve, c'est que, dans un cartilage astragalien déformé, le noyau osseux peut pousser droit.

Chez le nouveau-né, chez le jeune enfant, les déformations squelettiques sont généralement corrigibles. Aux points de pression seulement les cartilages s'aplatissent, se défigurent par appui mutuel et cessent de croître; aux points décomprimés ils poussent librement. Tant que les noyaux osseux sont enveloppés d'une coque cartilagineuse de suffisante épaisseur, ils gardent leur rectitude. Donc puisque, chez le jeune enfant, les obstacles résident surtout dans les parties molles rétractées, la rupture de ces résistances sera d'autant plus aisée qu'elle sera précoce.

2° *Importance d'une contention prolongée.* — Réduire est bien, maintenir est plus important encore. Il est nécessaire, sous peine de récidive, et par une contention prolongée, de mettre les parties molles, dont le pouvoir déformateur est considérable, hors d'état de recommencer ; il faut donner aux ligaments et aux tendons le temps de reprendre leur tension normale, leur longueur, leur équilibre. D'autre part, ce que quelques mois de pression irrégulière ont produit sur le squelette, comme déformation, il faudra des mois de position corrigée et patiemment maintenue pour le rectifier. Sans doute, si l'on considère les détails de l'ossification du pied, il semble qu'on ait du temps devant soi pour obtenir ce résultat. Mais le pied s'accroît très rapidement dès les premiers mois de la vie, et c'est à ce moment surtout, où le petit pied, gras et court, de l'enfant s'allonge, se forme, et commence à perdre de sa mobilité première que s'exerce avec le meilleur résultat la rectification par les moyens orthopédiques. L'indication est d'autant plus formelle qu'au delà de la première année l'enfant va commencer à marcher et que les déformations vont s'en trouver très accrues. Lorsque l'enfant posera sur le sol ses pieds, de statique défectueuse, les ligaments externes s'étireront et céderont peu à peu ; les pièces cartilagineuses du squelette se déformeront sous la pesée du corps ; elles se tassent à la face plantaire, s'enroulent sur le bord interne, et au contraire s'écartent à la face dorsale et externe. L'organe devient de moins en moins apte à la marche plantaire ; les muscles producteurs du déplacement sont portés graduellement en une position d'action prépondérante pendant que les antagonistes prennent une direction défavorable. Et cette malléabilité du squelette de la 1re enfance, de propice qu'elle est pour la réduction, devient au contraire le plus redoutable facteur d'aggravation du mal.

II. — Des conditions de la correction : ses principes rationnels. Les manœuvres de réduction doivent se fonder sur les 3 considérations suivantes : 1° l'analyse des éléments dont se compose la difformité totale du pied-bot ; 2° la détermination du siège et du mode de ces déviations élémentaires ; 3° l'exacte notion des résistances multiples (ligamenteuses, osseuses, tendineuses) qui fixent ces positions vicieuses.

1° *Éléments de la déformation du varus équin.* — L'*équinisme* est produit par l'extension forcée dans l'articulation tibio-tarsienne. A ce déplacement s'ajoute l'incurvation des faces qui tend à creuser la plante et à surélever le dos du pied. Le varus est une déviation complexe où se combinent : 1° l'adduction du pied portant la pointe en dedans; 2° l'incurvation des bords, l'externe devenant convexe et l'interne concave; 3° la torsion du pied autour de son axe antéro-postérieur, relevant le bord interne et abaissant le bord externe.

2° *Localisation anatomique de ces éléments.* — L'équin est le fait de l'articulation tibio-tarsienne ; le varus des médio-tarsiennes. D'abord, à l'extension tibio-tarsienne se combine la flexion de la plante, au niveau de la médio-tarsienne comme charnière, qui cambre le dos du pied et entre pour une part plus considérable qu'on ne suppose dans l'attitude équine.

L'adduction du varus est complexe, avons-nous dit. Mais le mouvement et les déviations secondaires qui en résultent sont maintenant intelligibles, depuis l'étude laborieuse et lucide que nous en devons à Farabeuf. Comment la *supination*, la *volutation* de la plante — cet élément de difformité dont l'importance est prépondérante au point de vue thérapeutique — s'ajoute normalement à l'adduction, c'est là un point anatomique de notion indispensable à qui veut redresser un varus, et pour lequel Farabeuf a multiplié les dessins, les procédés de démonstration, les formules d'expression.

Soit un pied d'enfant, souple et mobile. Il est facile de le porter en un varus physiologique de 90°. Analysons les mouvements composants. Une partie du déplacement — près de 30° suivant Farabeuf — est constituée par une adduction pure et simple du pied sur la jambe : elle s'est produite dans la jointure tibio-tarsienne, grâce au jeu, possible chez l'enfant seulement, de l'astragale entre les malléoles et à son pivotement sur un axe longitudinal prolongeant la direction de la jambe. — Puis intervient la flexion oblique de la jointure médio-tarsienne : elle ne compte guère que pour 15 à 20° d'adduction, parce que l'éperon cuboïdien va buter dans cette arrière-cavité, comparable à la coronoïdienne, sous-jacente au sustentaculum, et limite le déplacement du scaphoïde. — Pour compléter la flexion-adduction à angle droit, pour gagner les 40 ou 45° restants, il faut que le calcaneum évolue sous l'astragale en s'avançant. Mais, en s'avançant il s'abaisse glissant sous le plan incliné de l'astragale, en même temps que le ligament interosseux fait tourner sa tête en dedans (Farabeuf). Au total, le varus se produit grâce à trois mouvements ; 1° rotation interne, autour d'un axe longitudinal, dans l'articulation tibio-tarsienne ; 2° flexion-adduction dans l'interligne médio-tarsien ; 3° enfin dans l'articulation sous-astragalienne bascule du calcaneum qui vire en portant la tête en avant et en dedans et verse sur sa face externe.

Donc pour réduire le pied-bot il faut : 1° redresser et refouler le calcaneum ; 2° de fléchir l'article médio-tarsien 3° faire tourner l'astragale dans la mortaise tibio-tarsienne Ces manœuvres et surtout le redressement du calcaneum dans l'astragale ont pour résultat de supprimer la supination du pied, cette torsion qui enroule la plante.

3° *Résistances s'opposant à la réduction ou à son maintien.* — Elles sont de deux ordres : elles viennent des parties molles, ligaments ou tendons ; elles résultent de déformations squelettiques. Celles-ci ont d'autant plus d'importance que l intervention est plus tardive ; les ruptures manuelles ou instrumentales, la section opératoire des résistances ligamenteuses ou musculaires permettent la mise en position normale du squelette du pied.

§ 1. *Résistances à la condition de l'équinisme.* — Le pied est maintenu en équinisme par le tendon d'Achille rétracté. De plus, de fortes adhérences unissent en arrière le calcanéum aux os de la jambe; le faisceau fibreux le plus résistant est constitué par le ligament péronéo-calcanéen allant du ligament interosseux péronéo-tibial aux crêtes de la face supérieure du calcanéum. La flexion oblique de l'avant-tarse sur le tarse postérieur — d'où résulte une voussure du pied qui complète l'attitude équine — est fixée par les ligaments de la plante.

Chez le nouveau-né et dans la prime enfance, les seuls obstacles à la réduction de l'équinisme viennent de ces résistances fibreuses. Chez l'enfant et l'adolescent, après quelques années de marche et de station debout, la partie antérieure de la poulie astragalienne ayant perdu droit de domicile, s'est élargie, montrant sur sa face externe, devant le péroné rejeté en arrière, la tubérosité signalée par Nélaton. En même temps, elle s'est exhaussée, tandis que la partie postérieure est amincie en un coin plat à tranchant postéro-interne.

§ 2. *Résistance à la correction du varus.* — Il y a les résistances fibreuses, ligaments et tendons. Les ligaments dorsaux sont étirés et amincis, les plantaires épais et rigides. Pour Farabeuf, les premiers sont hypertrophiés; les plantaires raccourcis. Ces ligaments qui maintiennent la déformation sont : le ligament deltoïdien du ligament latéral interne qui enchaîne la tubérosité du scaphoïde à la malléole tibiale; les deux tendons jambiers, le postérieur surtout, fixant l'avant-tarse dans des positions et subluxant le scaphoïde que suit le cuboïde. Dans la plante du pied, d'autres liens résistent : l'aponévrose plantaire rétractée; le ligament calcanéo-scaphoïdien inférieur souvent très rétracté. Il faut s'attendre à des résistances fermes opposées par le grand ligament de la plante calcanéo-cuboïdien inférieur. Quand le cuboïde, subluxé progressivement sur la trochlée calcanéenne, s'est porté en dedans de cette surface articulaire, étendue par frottement, la direction de ce grand ligament, à trois étages de fibres, s'est déplacée; il forme une sangle oblique, raccourcie et partant rétractée, sous-tendant le cuboïde et l'appliquant contre le biseau qui tend à se former à la face interne de la grande apophyse calcanéenne.

Trois plans de fibres maintiennent cette position vicieuse; un étage superficiel qui contribue au creusement de la plante. L'effort de rupture doit porter surtout sur les fibres moyennes, qui forment un éventail dense dont la rétraction courbe puissament l'arc osseux sous-tendu. Elles sont l'agent dominant de la flexion plantaire, dans l'interligne médio-tarsien, et trouvent dans la cloison fibreuse, rétractée et obliquée, du ligament en Y un faisceau de renforcement; c'est elles qu'il faut rompre pour aplatir la semelle creuse du varus. Entre le bout du calcanéum et l'angle de l'équerre du cuboïde, quelques faisceaux courts forment la couche profonde, supplément de résistance.

Poussés par les forces puissantes qui entraînent l'avant pied en adduction, le scaphoïde, abandonnant la partie frontale de la tête astragalienne, et le cuboïde, subluxé en dedans de la grande apophyse du calcanéum, se créent une néarthrose. La tête astragalienne montre au début un empiétement de la facette scaphoïdienne sur le côté interne du col; puis la tête rétrécie devient pointue et à double face, l'empreinte articulaire primitive demeurant incluse encore dans les insertions capsulaires. A un degré plus avancé, la tête n'est plus qu'un sommet mousse qui détermine le col; on voit une facette oblique en bec de flûte où presse le scaphoïde. L'extrémité antérieure du calcanéum se déforme de même. La surface trochléenne qui la détermine a d'abord été prolongée, détournée en dedans : puis, sous le moulage continu du cuboïde, sa face interne s'est usée en un biseau saillant, infranchissable. De plus, elle s'allonge notablement vers son extrémité antérieure non comprimée.

A ces degrés de déformation osseuse, se subordeonnent les conditions de réductibilité. Si elle est accusée, il sera possible, après rupture des résistances fibreuses, de replacer le scaphoïde et le cuboïde en bonne place. Une fois replacés il faut les y maintenir jusqu'à ce que l'empreinte normale soit rétablie à nouveau. Au contraire, à mesure que s'accentue la blessure oblique des faces internes du col astragalien et de l'apophyse du calcanéum, la réduction devient plus difficile et la contention plus problématique.

4° Des conditions de réductibilité du pied bot suivant l'âge du sujet. — Au-delà de 3 à 4 ans, les résistances internes et plantaires s'accentuent; leur rupture de force par les instruments ou leur section à ciel ouvert trouvent plus souvent indication; les déformations de l'astragale motivent maintes fois l'ablation de cet os et l'excision complémentaire de la tête calcanéenne. Après dix ou douze ans, les déformations secondaires de la marche et leur fixation par l'ossification tarsienne imposent de plus larges tarsectomies, et nous verrons avec quelle décision et quels résultats Championnière en a réglé la pratique. Il est, nous l'avons vu, des pieds varus à squelette précocement déformé, irréductibles, que ne révèlent ni l'âge, ni le degré apparent de la difformité. « Le pied-bot récent se juge à la main plutôt qu'à l'œil », a dit Farabeuf.

III. REDRESSEMENT MANUEL. — Les manipulations sont évidemment le moyen le plus simple de correction orthomorphique.

« Il semble presque puéril, dit Saint-Germain, de décrire les manœuvres qui doivent être employées : l'homme de l'art tire sa règle de conduite du cas qu'il a sous les yeux. » Cette technique a cependant ses règles nécessaires; car le but des manipulations est évidemment de porter le pied ainsi que le formule Dubrueil, « dans la position opposée à celle où il a été placé par la difformité ».

1° *Technique du redressement forcé.* — De même que nous avons décomposé, au point de vue de la physiologie pathologique, le varus équin en ses déviations élémentaires, de même la rectification thérapeutique doit viser chacun des éléments de cette difformité. L'équin est la résultante de l'extension forcée dans la jointure tibio-tarsienne et de la flexion plantaire dans l'interligne du médio-tarse. Le varus est produit par la flexion oblique en adduction de l'avant-pied, la courbure des bords, l'enroulement de la plante en supination. Il faut donc produire la flexion du pied sur la jambe; la déflexion de l'avant-tarse sur le tarse postérieur et l'adduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied; la pronation plantaire par redressement du calcanéum. Il faut suivre dans le redressement une marche méthodique. Il faut d'abord corriger la déviation de l'avant-pied sur l'arrière-pied et redresser la courbe du bord interne; puis il faut rectifier la volutation de la plante et enfin s'adresser à l'extension tibio-tarsienne. En laissant, en effet, subsister

pour la fin l'équinisme, on a un point d'appui pour redresser le varus.

La main est un excellent instrument de correction. On redresse le pied de vive force en une ou quelques séances. Généralement — pour la première séance du moins — on anesthésie le malade. On immobilise la partie inférieure de la jambe avec une main; puis l'autre main saisissant l'avant-pied, la paume sur la plante, le pousse en dehors et fait basculer la plante en pronation, le bord interne en bas.

Il faut d'abord briser les résistances par temps successifs. D'abord celles internes qui courbent le bord osseux : en arrière le ligament tibio-scaphoïdien et les tendons jambiers dont l'élongation ou la rupture nécessite une solide immobilisation du tibia et un appui ferme du pouce au niveau de la tubérosité scaphoïdienne ; plus en avant, les fibres qui sous-tendent l'arc osseux du bord interne et pour la distension desquelles le pouce doit se porter plus en avant. Ce redressement du coude interne est aidé par une autre manœuvre : embrassez d'une main l'arrière-pied, de l'autre l'avant-pied, les deux pouces se touchant sur le bord externe, les doigts tirant sur le bord interne; faites effort sur les deux pouces, comme point d'appui aux deux mains redressant l'arc osseux.

Il s'agit maintenant de vaincre les entraves plantaires qui maintiennent la flexion oblique de l'avant-tarse et la supination du calcanéum. Pour cela, le maximum d'effort doit s'exercer avec la région thénarienne qui pousse la plante en abduction et en pronation, la main agissante tenant ferme en bracelet l'avant-pied. L'aponévrose plantaire se déploie, à la condition que la pression s'exerce surtout vers le bout des métatarsiens. Une grande résistance nous a paru toujours offerte par les ligaments calcanéo-scaphoïdiens inférieurs, par les deux branches de l'Y , il faut s'y reprendre en plusieurs fois, forcer sur l'abduction, faire exercer par un aide de haut en bas, avec les pouces, une contre-pression sur la tête de l'astragale, afin d'éviter que le mouvement ne se passe et que la force ne s'épuise dans l'article tibio-tarsien.

Faire virer en dehors la tête du calcanéum et remettre d'aplomb cet os, basculé sur son flanc externe : voilà, nous le savons, la condition de réduction de l'enronlement plantaire. Le succès de cette manœuvre suppose absolument la fixité de l'astragale dans la mortaise tibio-tarsienne. L'abduction de l'avant-pied, en distendant ou rompant les liens internes, les fibres de l'Y, les faisceaux moyens du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, permettent au calcanéum, ainsi mobilisé par rapport au scaphoïde et au cuboïde, d'évoluer sous l'astragale, de se redresser. Mais nous trouvons qu'on aide à ce déroulement de la plante en exerçant des mouvements de torsion de l'avant-pied en dedans. Reste alors l'équinisme. On le conjure assez facilement, l'on éprouve quelque difficulté, on coupe le tendon d'Achille le massage forcé dans tous les cas donne d'excellents résultats ; et après 20 ou 30 minutes de bonnes manœuvres on peut rendre un pied bot très souple, de façon simple et sans dégâts. Les déchirures ligamenteuses et les décollements périostiques sont rares. Cependant le décollement des épiphyses tibiale et péronière a été observé. Mais il est sans gravité et peut même aider à la correction totale.

La douleur, à un degré plus ou moins intense, est constante, elle est toujours moins forte aux séances ultérieures, et souvent alors nous sommes dispensés de l'anesthésie. Elle est à son maximum dans la soirée et la nuit qui suivent le redressement ; l'enfant se plaint, dort mal, tette ou s'alimente peu ; mais dès le lendemain la nuit est bonne et le petit malade reprend ses habitudes.

2° *Appareils de contention après le redressement manuel.* — Maintenir est aussi important que rectifier. Et pour cela, il nous semble qu'il n'y a qu'un appareil : le plâtré. Mais il est d'une application délicate. Nous le plaçons sans interposition d'ouate : Chez les tout jeunes, nous plaçons autour du membre un bandage roulé de flanelle, soigneusement ajusté, qui protège la peau et fixe le plâtré.

IV. Ténotomie. — La section du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire est l'auxiliaire, le plus souvent nécessaire, du massage forcé. Cette section est simple. Quelquefois il faut faire relever le pied par un aide, pour mieux sectionner le tendon. On ferme la plaie du ténotome avec un peu de collodion. Mais pour les tendons jambiers et pour les ligaments plantaires si la résistance vient d'eux, nous les coupons à ciel ouvert, à l'instar de Phelps. On peut faire de même pour le tendon d'Achille si l'on veut.

On peut supprimer ainsi ces courtes adhérences tibio et péronéo-calcanéennes qui fixent le calcanéum et maintiennent sa position de supination, dont le rôle est si influent dans la permanence du varus. Si ce résultat n'est pas obtenu, la marche demeure défectueuse et prépare le retour de la difformité.

V. Redressement instrumental. — Les tarsoclastes sont construits suivant deux types : les uns, à l'exemple du premier appareil de Bradfort, exercent une triple pression sur les os saillants et déplacés ; les autres n'ont qu'un double point d'appui sur la jambe et l'arrière-tarse, qu'ils fixent, et sur l'avant-pied, qu'ils mobilisent au moyen d'un levier.

Le pied est placé à plat sur la face interne, entre des compresses mouillées de solution de sublimé. L'arc métallique s'applique par-dessus un morceau de cuir destiné à amortir la pression suivant une ligne oblique allant du talon à la tête de l'astragale. Le tablier de cuir qui pend au rebord antérieur du plateau de l'ostéoclaste est engagé au travers du collier du levier, et tendu par un aide en bas et en arrière pour empêcher le collier de glisser et de s'échapper de l'avant-pied. L'opérateur relève la barre lentement, directement de bas en haut d'abord, puis obliquement, en l'inclinant dans le sens voulu pour redresser le varus. On vérifie le résultat obtenu ; puis on achève le déroulement du tarse en distendant les parties molles du tarse antérieur.

Nous estimons que chez les jeunes et jusqu'à l'âge de trois à quatre ans, la vigueur de la main est suffisante si elle est bien dirigée. Certes, la correction totale n'est point atteinte dès la première séance ; nous y avons mis le plus souvent quatre ou cinq reprises, espacées en moyenne d'un mois. Entre temps, le plâtré maintient le résultat acquis. Ces articulations d'enfants ne s'enraidissent point par l'immobilité, et l'on marche ainsi par gains successifs, par étapes, comme dit Wolff, jusqu'à la rectification intégrale.

Après quatre ans, et dans les formes graves, le pied résiste à la main : l'obstacle vient surtout de l'astragale, qui ne veut point rentrer dans sa mortaise. Sans doute, sous l'énergique poussée du levier, on peut l'y contraindre ; et Vincent, Delore ont obtenu, sur des pieds bots invétérés, de belles réductions, dont témoignent les thèses de Jomard, de Bailly, de Laurençon. Nous ne recommandons point la

orce poussée à ces limites. Un astragale élargi; exhaussé, alé par la saillie prémalléolaire de Nélaton, à col tordu, ne rentrera point dans sa chape sans en faire éclater les leux montants, sans subir des tassements osseux; l'avant-pied ne se mettra pas à l'alignement et la voûte plantaire ne se redressera point, si l'ossification est avancée, sans décoller les cartilages et écraser les saillants osseux opposés. Le danger de localisations tuberculeuses, chez des enfants scrofuleux et prédisposés, n'est pas une objection de pure théorie. Il faut, de plus, un outillage spécial. Enfin et surtout, il nous paraît plus conforme aux habitudes de la chirurgie aseptique de préférer, dans les cas graves des adolescents et des adultes, la section à ciel ouvert des résistances fibreuses de la portion interne de la plante et la résection des obstacles osseux.

VI. — BOTTINES ORTHOPÉDIQUES DE REDRESSEMENT. Les appareils de redressement sont d'une variété infinie; mais, en somme, leur type de construction est constant Deux pièces les composent : une pièce podale et une pièce jambière. La meilleure disposition est une guêtre lacée en coutil, qui chausse le pied et le bas de la jambe et qui, au niveau de sa portion pédieuse, est munie de courroies allant s'attacher en avant et en arrière à des boucles placées sur les bords de la semelle.

Les procédés mécaniques destinés à faire jouer les pièces d'appareils dans le sens voulu sont multiples : engrenage à roue dentée; vis à pression ; vis de rappel ; articulation en noix. Pour les mouvements de flexion et d'extension du pied, la vis à pression nous paraît le mécanisme de choix ; la rotation du pied autour de son axe antéro-postérieur peut aussi être produite, comme dans l'appareil de Guérin, par une vis de pression traversant horizontalement, et de dedans en dehors, la branche verticale de l'étrier, mais il faut reconnaître que c'est là l'effet mécanique le plus difficile à obtenir; on s'en dispense le plus souvent. Les mouvements d'abduction et d'adduction du pied peuvent se réaliser aisément par une brisure de la semelle : une roue dentée horizontale, placée dans l'épaisseur de la semelle et mue par une vis sans fin fait pivoter sur l'arrière-semelle la portion antérieure.

Les appareils de traction à force élastique ont été vantés par quelques-uns. Barwell, qui a le plus contribué à les vulgariser, se propose de « remplacer par des tubes de caoutchouc les muscles défaillants ». Dans certains pieds bots paralytiques, où l'atrophie musculaire exactement localisée à un groupe est toute l'affection, on peut ainsi obtenir de beaux succès. Mais, pour les pieds bots congénitaux, il faut n'avoir qu'une très médiocre confiance dans les appareils élastiques.

En dehors de quelques varus, aisément réductibles, traités précocement et avec opiniâtreté, l'inefficacité des appareils redresseurs et des tractions les mieux faites est vraiment décevante. Aux appareils à attelles, nécessitant un contrôle assidu et de fréquentes revisions, nous avons préféré le plâtré, qui saisit et garde la position corrigée.

Une leçon nous est venue aussi de l'observation de ces malades, qui, en dépit des ténotomies et des bottines, arrivaient à l'âge adulte avec des pieds bots invétérés, et cela parce que l'orthopédie post-opératoire et le maintien du résultat acquis n'avaient pas été contrôlés.

Un artifice, déjà conseillé par A. Paré, nous a donné d'excellents résultats pour empêcher l'enfant de reporter son pied en varus durant la marche. Il consiste à interposer, entre les lames de la semelle de la bottine, une semelle métallique qui se prolonge en ailette sur le bord externe : quand l'enfant pose le pied à terre, il tend à rencontrer le sol par le bord externe, mais cette rencontre se fait par la lame métallique recouverte de cuir, qui sur ce point déborde la semelle; elle prête un peu sous l'appui, puis réagit par son élasticité et opère à chaque pas le déplacement du pied en abduction.

Quand cette tendance au déjettement latéral n'existe point seulement au niveau du pied, quand le membre lui-même se trouve dévié et atteint de ces difformités combinées du genou et de la hanche sur lesquellss ont insisté Adams et Dubreuil, la bottine ne suffit plus. Il devient alors nécessaire de prolonger les tuteurs de la bottine.

VII. — OPÉRATION DE PHELPS. — Les indications répondent aux conditions cliniques suivantes. On a affaire à un équin varus, irréductible sous le chloroforme ; il s'agit d'un sujet jeune, ayant déjà marché : la majorité des observations se rapporte aux enfants de 3 à 8 ans. Il faut que les modifications de forme du squelette soient assez peu intenses pour permettre la rectification d'attitude, pour assurée l'équilibre de cette position rectifiée, pour laisser la nature modeler à nouveau les surfaces et rétablir les relations anatomiques normales.

L'incision de Phelps entaille, à plein tranchant, le bord interne du pied, suivant le pli qu'y marque l'adduction du varus, entre la malléole tibiale et la tubérosité du scaphoïde rapprochées anormalement Elle s'avance assez sur l'épine dorsale du pied pour permettre la section du tendon du jambier antérieur. Elle descend, entamant plus ou moins loin et plus ou moins profondément, suivant indications, l'ourlet interne de la plante. Le grand avantage du Phelps, c'est en effet de mesurer les sections aux obstacles : l'aponévrose plantaire, l'adducteur du gros orteil, le tendon du jambier postérieur, sont sectionnés ; on essaye alors le redressement ; si l'on réussit, l'opération n'est pas poussée plus loin. Sinon, il faut d'abord, d'un coup de bistouri contournant la malléole, trancher le ligament deltoïde interne de l'article tibio-tarsien ; sans hésiter il faut encore entrer à plein tranchant immédiatement en arrière du tubercule scaphoïdien, dans l'article médio-tarsien. Et, ici Kirmisson a donné au manuel opératoire une précision exemplaire. « Un écarteur, nous dit-il, est placé dans l'angle externe de la plaie sur la face dorsale du pied ; le chirurgien, embrassant dans sa main gauche l'avant-pied, lui imprime un mouvement de torsion en dehors, en même temps qu'avec la pointe du bistouri il attaque successivement les fibres des ligaments astragalo-scaphoïdien supérieur, puis inférieur. Au fur et à mesure que ces fibres sont sectionnées l'articulation est de plus en plus largement ouverte. Il est alors possible d'engager profondément dans son intérieur la pointe d'un bistouri étroit qui va sectionner le ligament en Y. Si la réduction du varus n'est pas suffisante, on la complète par un redressement manuel. »

Une particularité par laquelle se distingue le mode opératoire de Kirmisson et que nous adoptons, c'est de ne point donner à l'incision plantaire cette étendue que Phelps lui accordait : les obstacles sont dans le médio-tarse, plus abordable sur le dos qu'à la plante où Phelps a sectionné les fléchisseurs et n'a point toujours évité l'artère et le nerf plantaire interne. Si la peau plantaire, rétractée et

ndurée, paraît constituer un obstacle, rien n'empêche de prolonger la section cutanée : s'il faut couper le jambier antérieur, l'incision n'a qu'à monter un peu sur le dos du pied. Dans le cas d'astragale à col tordu, on peut faire l'ostéotomie de ce col, complément opératoire que recommandent Phelps et Philipson. En un dernier temps, on pratique la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille. On ne doit s'arrêter que quand le pied est droit.

Aussitôt après l'opération, le pied est mis en position rectifiée : les lèvres de l'incision bâillent et s'écartent de 2 à 3 centimètres. La plaie est tamponnée à la gaze iodoformée doucement chiffonnée : un appareil ouaté recouvre le pied et un plâtré l'immobilise d'emblée. Ce premier appareil peut rester en place pendant trois semaines. Les plâtrés sont renouvelés jusqu'à cicatrisation; cette dernière s'est accomplie en moins de huit semaines dans la plupart des observations. On pourrait craindre que cette cicatrice transversale formée par granulation gênât l'appui sur la plante ; or, le plus souvent elle s'assouplit à la longue, se distend, se mobilise sur les plans profonds et demeure très tolérante à la pression. Nous avons essayé, suivant le conseil de Dubrueil et le procédé de Reeves de faire l'incision cutanée parallèle au bord interne du pied ; mais cela comporte moins de commodité et va à l'encontre du résultat du Phelps, qui est de gagner de l'étoffe et du jeu sur les téguments internes, assez rétractés parfois pour éclater spontanément lors d'un effort de redressement. Le traitement post-oratoire comporte les règles habituelles : manipulations d'assouplissement et usage prolongé d'une guêtre à tuteurs,

Bénigne, l'opération de Phelps l'est toujours à la condition d'être aseptique. Efficace, elle l'est en des cas où des interventions plus graves ont échoué. Sur les 20 enfants opérés par Tilanus, la plupart avaient déjà subi sans succès une ténotomie ou une excision cunéiforme du tarse. Mais il ne faut point exagérer sa valeur; nous connaissons des cas de récidive ; Hoffa nous signale aussi les échecs dus aux tendances rétractiles de la cicatrice du bord interne du pied.

VIII. — Interventions sur le squelette. — Il est un âge, il est surtout un degré où le pied bot cesse d'être curable par les moyens orthopédiques même aidés du Phelps. Quand les résistances viennent du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, il n'est point facile d'entamer avec précision ses fibres profondes. Mais ce sont surtout les déformations osseuses irréductibles qui marquent les bornes à sa valeur correctrice.

Nulle limite d'âge ne saurait fixer avec exactitude ce problème thérapeutique : à partir de quelle époque les déformations du squelette sont-elles stables et incorrigibles autrement que par les moyens opératoires? Sans doute il paraît logique de fixer cette période d'après la date de l'ossification définitive du tarse, comprise entre 8 et 10 ans C'est une moyenne cliniquement acceptable; mais que d'exceptions ! Le degré de difformité apparente n'est point un renseignement plus décisif. Cela ne peut se formuler ; c'est affaire d'exploration manuelle attentive, sous le chloroforme, appréciation des déformations dont le tarse est le siège.

Deux tendances inverses se sont récemment accusées, parmi les chirurgiens, au sujet des tarsectomies : les uns cherchent à limiter au minimum utile le sacrifice du squelette ; les autres, visant la rectification totale et immédiate de la difformité, ne s'arrêtent dans leurs excisions que lorsque le pied, flasque et malléable, peut être porté sans aucune résistance dans la position de correction et même de légère hypercorrection.

Les interventions économiques s'efforcent de préciser les obstacles et de localiser sur eux l'action thérapeutique. Il est actuellement établi que certaines tarsectomies partielles ne sauraient suffire au redressement, et, sur ce point, la question est bien déblayée. Chose curieuse, c'est sur le tarse antérieur qu'ont porté les premières excisions. A l'heure actuelle, on laisse tranquille l'avant-tarse. C'est sur le tarse postérieur que siègent les lésions fondamentales : ce sont du moins les changements de forme et de position de l'astragale et du calcaneum, par rapport à la première rangée de l'avant-tarse, qui sont les éléments dominants de la difformité et sollicitent une résection suffisante.

Dans une vue d'ensemble, l'avant-tarse — scaphoïde cuboïde — s'est luxé en dedans de la tête astragalienne de la grande apophyse du calcaneum : ces deux saillies progressivement modelées, finissent par présenter un biseau interne, trop saillant pour que la correction soit possible, trop aminci à son extrémité antérieure pour qu'elle soit stable. Il faut supprimer ce pan osseux infranchissable donner à sa tranche une surface convenable pour que scaphoïde et le cuboïde y reprennent position d'équilibre. Il sera donc nécessaire d'abattre la tête de l'astragale et faire sur le calcaneum une résection suffisante, complétée si besoin par un raccourcissement portant sur le cuboïde. Ce coin est à base externe, pour corriger l'adduction ; il faut aussi qu'il soit à base dorsale pour corriger la flexion de la plante vers le sol, élément complémentaire de l'équinisme.

Ceci corrige le varus. Reste l'équin : pour le rectifier, il est nécessaire de rendre à l'astragale une configuration qui lui permette de réintégrer la mortaise. L'astragale doit être décapité pour laisser passer à sa face antérieure le scaphoïde aminci sur son flanc externe pour abattre la saillie prépéronière de Nélaton, abaissé pour supprimer la barre transversale qui exhausse la partie antérieure de sa trochlée triple retouche à laquelle on préférera, comme c'est notre sentiment et notre pratique, l'extirpation pure et simple d'un os dont le pied supporte aisément la privation.

A elle seule l'astragalectomie, complémentaire et synergique de la section du tendon d'Achille, s'adresse presque exclusivement à l'équinisme. Grâce au vide qu'elle laisse et au relâchement qui en résulte pour les fibres de Besselhagen, le calcaneum se relève sur le bord postérieur de la mortaise. Mais sa supination persiste, mais le scaphoïde demeure fixé par l'épais ligament calcanéo-scaphoïdien, et même que le cuboïde est enchaîné en dedans de la grande apophyse, formant obstacle, par les fibres calcanéo-cuboïdiennes.

L'opération de Gross nous semble la solution logique du problème. Combinez à l'astragalectomie l'excision d'un coin osseux à base externe sur la partie antérieure du calcaneum : plus exactement, réséquez en pleine épaisseur et à convenable distance de l'interligne, en tenant le ciseau perpendiculaire à l'axe de l'os, la grande apophyse calcanéenne du même coup, vous enlevez le biseau oblique, obstacle la réduction du cuboïde et vous supprimez, avec la saillante tubérosité plantaire antérieure et le sustentàculum, le point d'attache des fibres calcanéo-cuboïdiennes et scapho

ennes, la clef du médiotarse. L'excision de l'obstacle sseux se complète, ainsi, par la destruction des résistances breuses.

« L'œuvre de redressement du pied, nous dit Championière, doit être achevée par l'opération. » C'est une formule laquelle nous nous rallions sans discussion. Quand on a is le bistouri pour un pied bot invétéré et osseux, on ne oit s'arrêter q'après la suppression de toutes les résisances, après qu'on a pu atteindre et qu'on peut maintenir ans effort une position en hypercorrection légère. L'astrale et la grande apophyse calcanéenne ont été supprimés ; pied ne se redresse point totalement. « On enlève le scahoïde, dit Championnière, et on donne ainsi un peu de ouplesse au centre du pied. Mais cela ne suffit pas encore, t, si on fait sauter le cuboïde, on obtient ainsi un immense space vide à la place où était la masse osseuse constituant a voûte du pied. Or, on est surpris que, malgré ce vide et ette souplesse, le redressement obtenu soit imparfait; j'enève alors les cunéiformes. Ordinairement, le métatarse est lors facilement entraîné en haut, le talon s'abaisse et le léroulement du pied est complet Cependant j'ai dû, en autres circonstances, compléter l'opération, soit par l'ablation de l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, oit par l'ablation du tiers antérieur du calcaneum. » Cette ésection calcanéenne nous paraît, pour les raisons développées plus haut, devoir être un des premiers temps opératoires : il est logique de commencer par la suppression d'un centre d'insertions, clef de résistances fibreuses qui, en suivant, multiplient et dispersent leurs attaches.

Nous n'avons pas eu l'occasion de faire ces larges tarsectomies pour pied bot, mais nous les avons plusieurs fois pratiquées pour des tuberculoses de l'organe. Les résultats éloignés que nous en avons obtenus au point de vue de la forme et de la fonction du pied nous conduisent à admettre pleinement la doctrine et la pratique de Championnière. Encore faut-il considérer que le pied bot sain et non infecté supporte et répare avec une plus grande rapidité et une plus parfaite simplicité des suites opératoires ces massives excisions osseuses. « Dès la troisième semaine, nous dit Championnière, il est possible de faire reposer le sujet sur le pied opéré et de préluder aux essais de marche. Et cette mobilisation précoce, par la restauration musculaire qu'elle suscite, par l'étalement plantaire qu'elle entraîne, par le massage et l'assouplissement tarsien qu'elle entretient, contribue à la parfaite restitution des fonctions et de la forme. Ce pied, dont le squelette tarsien a disparu, prend sur le sol ses appuis réguliers : la voûte se restaure, et la plante, convenablement cambrée et seulement raccourcie, marque une empreinte normale, bien d'aplomb sur ses trois talons. Rapidité de la réparation anatomique ; restitution fonctionnelle parfaite ; suppression de tout traitement ultérieur et de tout appareil redresseur : voilà des avaatages assez nets pour nous décider à réséquer sans parcimonie le squelette des pieds bots à grandes déformations osseuses. »

Il est une déformation qui accompagne les pieds bots graves : c'est la torsion, congénitale ou acquise, des os de la jambe sur leur axe longitudinal. Chez le jeune enfant, ce déplacement est accessoire; il est d'ailleurs réductible après rupture ou section du ligament deltoïdien qui fixe la tubérosité du scaphoïde à la malléole interne, et nous paraît constituer une indication opératoire exceptionnelle, que nous n'avons rencontrée qu'une fois. Mais, dans le pied bot invétéré de l'adolescent et de l'adulte, cette part de difformité, qui nécessite parfois l'usage de grands appareils à tuteurs, peut exercer sur la statique du pied, en déplaçant la ligne de gravité, une influence propice à la récidive, et il devient utile, en pareille déformatien, de replacer la mortaise en bonne direction, par l'ostéotomie sus-malléolaire, de même qu'il est indiqué, s'il existe un genu valgum ou varum concomitant, de compléter l'œuvre de redressement par la correction de ces déformations squelettiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1896. — Présidence de M. Ch. Monod.

Procédé sacro-iliaque pour l'extirpation des tumeurs cancéreuses du rectum. — M. Reclus lit au nom de M. J. Bœckel une communication. — La difficulté pour l'ablation des tumeurs élevées du rectum par la méthode de Kraske a conduit le Dr Bœckel à employer le procédé suivant qui lui a donné un cas de guérison rapporté dans la communication. Le procédé consiste à associer à l'incision de Kraske l'incision de l'anus iliaque qui permet de libérer et de réséquer les parties élevées de l'intestin malade. Il établit après l'extirpation un anus iliaque.

Complications intra-crâniennes des otites. — M. A. Broca. — Lorsqu'une otite mal soignée passe à la chronicité, il est très fréquent qu'elle conduise son porteur à la mort par une complication intra-crânienne : méningite aiguë, thrombose des sinus, abcès entre l'os et la dure-mère, abcès encéphalique, cérébral ou cérébelleux. Souvent, à l'autopsie, plusieurs de ces lésions coexistent, constituant un ensemble au-dessus des ressources de l'art, et de cette association résultent, en outre, de grandes difficultés cliniques. Mais au début, la complexité est moindre : le diagnostic de la lésion isolée ou prédominante est souvent possible, et, parmi ces lésions, quelques-unes sont chirurgicalement curables.

Contre la méningite aiguë, diffuse, suppurée, nous sommes impuissants : et cependant dans 4 cas — dont 2 sont déjà publiés — je suis intervenu. C'est que, dans ces cas, la certitude du diagnostic n'est pas absolue et la confusion est possible avec diverses lésions curables. A plusieurs reprises j'ai publié des faits de « méningisme » ou de « meningites incomplètes » guéris par la trépanation de l'oreille ; il existe, en outre, des méningites circonscrites qui font transaction aux abcès encéphaliques ; enfin, dans la thrombose, lorsqu'il n'y a pas de gonflement cervical, la ressemblance est grande avec une méningite. Aussi, dans ces conditions, j'ai coutume d'opérer et de me laisser conduire en évidant l'os malade, jusqu'au sinus, jusqu'au cerveau. Et c'est pour cela que je soutiens la nécessité d'adopter un procédé permettant d'agir, en un seul temps au besoin, à la fois sur l'oreille, le sinus, le cerveau et le cervelet. Cette opinion, dont je ne suis pas l'inventeur, gagne du terrain, mais elle a encore des opposants.

Je commence par émettre un aphorisme absolu : en cas d'otite moyenne suppurée avec accidents cérébraux, on doit d'abord trépaner l'apophyse et la caisse. Dès lors, la question se pose de la manière suivante : faut-il, pour aller à l'intérieur du crâne, utiliser cette brèche ou en ouvrir une seconde, indépendante et plus ou moins éloignée?

Pour les abcès extra-duraux, il n'y a aucune discussion : c'est autour des cavités de l'oreille qu'on les trouve. A plusieurs reprises, après avoir évidé l'os carié, je suis arrivé à la dure-mère, baignant dans le pus; mais une seule fois, chez une fille de 8 ans, j'ai évacué un véritable abcès, volumineux.

Avec ce décollement ou cet abcès coïncident souvent la phlébite, l'abcès cérébral ou cérébelleux : dès lors, dans ces cas, l'opération mastoïdienne devra, de toute nécessité, avoir été poussée jusqu'à l'intérieur du crâne.

Pour la thrombose, malgré quelques procédés spéciaux que l'on a cru bon d'inventer, on n'a pas besoin de prouver qu'il est inutile d'ouvrir la boîte crânienne en un second point : pour atteindre le sinus, l'antre mastoïdien est le meilleur repère. J'ai opéré 5 sujets pour cette lésion, 4 fois en liant la jugulaire au cou ; un de ces derniers cas a été suivi de succès ; dans celui où je n'ai pas touché à la jugulaire, l'enfant a succombé au 9e jour à un pyo-pneumothorax par ouverture dans la plèvre d'un foyer de gangrène pulmonaire. C'est de la rapidité du diagnostic et du traitement avant tout que dépend ici le succès.

C'est pour les abcès cérébraux et cérébelleux que commence le désaccord sur le meilleur manuel opératoire. Les procédés préconisés présentent des écarts extraordinaires et même MM. Picqué et Février, partisans en principe de la voie mastoïdienne, ne me concèdent pas l'inutilité d'une trépanation sous-auriculaire indépendante.

Il est bien prouvé aujourd'hui que les abcès cérébraux sont presque toujours temporaux et reposent directement sur le plafond de l'aditus. Il est évidemment raisonnable d'aller les chercher en partant du foyer osseux qui les a causés et qu'ils avoisinent, le mieux est pour cela de défoncer le plafond de l'aditus, ce qui est très facile si à la trépanation de l'apophyse on a joint celle de la caisse.

Les abcès cérébelleux, eux aussi, ont coutume d'être à proximité du rocher, et on les atteint en trépanant en avant et en dedans du coude du sinus. Il est donc facile, après exploration du cerveau, d'explorer le cervelet : cela est important, car le siège de l'abcès encéphalique ne peut souvent pas être précisé.

Chez le premier sujet atteint d'abcès cérébral que j'ai eu à soigner, je n'ai pas porté le diagnostic, et c'est à l'autopsie que je me suis convaincu combien la voie mastoïdienne eût été chez lui opératoirement parfaite. Depuis, j'ai traité une fillette avec succès ; c'est celle dont je viens de publier l'observation au Congrès de chirurgie.

De l'emploi du tube en caoutchouc dans les anastomoses du tube digestif. — M. Dubourg (de Bordeaux). Après une première ligne de suture séro séreuse, on fait l'incision de l'estomac et de l'intestin, puis suture muco, muqueuse et introduction d'un tube à épanchement et fixation de ce tube au catgut. Enfin on termine la suture muco muqueuse puis séro séreuse ; grâce au tube on fait une ouverture de calibre déterminé et le catgut étant résorbé le tube peut s'éliminer. Dans ce cas le résultat a été favorable et la guérison sans incident.

Polype naso-pharyngien. Excellent résultat dû à la méthode lente. — Présentation du malade par M. Ch. Nélaton.

Ablation d'un lipôme arborescent du genou. — Présentation de pièces par M. Legueu.

Cataracte opérée il y a huit jours. Lavage de chambre antérieure. Guérison. — Présentation du malade par M. Th. Anger.

F. Verchère.

VARIÉTÉS

Le docteur voyageur pour sa station.

Nous empruntons à un journal de ville d'eau, le *Do Thermal*, le portrait suivant qui, amusant au commencement, tourne à la fin un peu trop au tragique mais chacun sera libre d'en prendre ou d'en laisse

Celui-ci, tout le monde le connaît, et il n'est pas un co frère qui, pendant son repas (c'est en général cette heu favorable que le voyageur choisit ! !) n'ait été dérangé par fâcheux. Il arrive de la capitale qu'il habite l'hiver et o au contact des maîtres, il se tient au courant des progrès la science ! ! ! Dans les premiers jours de juin il émigr tout comme les grues, et, avant de gagner la station d'Al linopolis ou de Sulfuropolis, il visite les confrères qui so sur la route.

Sa carte de visite porte toujours des mentions dans genre des suivantes : « M. le docteur X..., de la Facul de Paris — ancien élève des hôpitaux — ex-interne des h pitaux de Quimper-Corentin — inspecteur de... — conseill municipal, ou d'arrondissement, ou général — membre plusieurs sociétés savantes — lauréat de la Faculté de B ves-la-Gaillarde — médaille d'or — officier de l'ordre Siam — chevalier du Malabar et d'autres ordres étrangers

L'Hiver à Paris, rue... L'Eté à...
Consultation de..., heure à...

Au physique, notre étrange confrère est joli garçon du moins, par des artifices qui témoignent d'une scien complète de la cosmétique, il cherche à se rendre tel.

Afin de se donner l'air important et magistral qui co vient à un homme de sa valeur, il porte de superbes f voris. Sa mise est des plus élégantes, car il s'habille Paris, chez le tailleur à la mode, et l'on voit généralem à sa boutonnière une rosette multicolore, dans laquelle marient artistement les rubans des nombreux ordres dont est décoré : « Le Nicham Iftikar » — « l'Eléphant Blanc et autres décorations d'opéra-bouffe, sont les mieux portée Nous ne parlons que pour mémoire des distinctions unive sitaires accordées aujourd'hui, sans discernement, à u foule de citoyens parmi lesquels il en est un grand nomb qui ne savent pas lire.

Notre voyageur a généralement l'élocution facile ; s bagout est correct et abondant. Avec des manières disti guées et un accent qu'il s'efforce de rendre parisien (quo qu'il soit souvent d'origine toulousaine ou bordelaise), s'excuse de la façon la plus polie de venir déran son confrère à une heure si peu opportune ; mais, s'il choisi ce moment, c'est qu'il tenait essentiellement à fai connaissance de celui qu'il sait être « le premier méde de la ville, le plus occupé, un des plus considérés etc., etc.

Et, après avoir récité le chapelet de compliments et d'épi thètes flatteuses qui constituent son boniment habituel,

vous glisse habilement qu'il se rend à Thermopolis, où il oigne les malades qu'on veut bien lui confier. Au surplus, our qu'on n'en ignore, il dépose sur le bureau une brochure u quelque guide qu'il vient d'éditer et dont il fait hommage son confrère.

Il en est qui ne s'en tiennent pas là, nous l'avons déjà dit, t qui ont l'audace d'offrir le partage des honoraires donnés ar les clients qu'on voudra bien leur envoyer ! ! !

Ces odieuses propositions ne leur répugnent nullement, habitués qu'ils sont à exploiter honteusement les malheureux qui se sont confiés à eux. L'appât du lucre est le seul mobile de leurs actions, et dans le malade qui les consulte ils ne voient qu'une matière à honoraires.

La tournée terminée, les jalons ainsi disséminés sur la route et ses brochures et prospectus laissés soit dans le cabinet de ses confrères, soit sur les banquettes de chemin de fer, notre voyageur rentre dans la station, *expectans quem devoret*.

Nous voici au deuxième acte ; mais, avant de lever le rideau pour initier le public à toute une série de trucs que va exécuter notre héros, nous voulons signaler l'existence d'un autre type de voyageur qui, quoique n'étant pas médecin et n'opérant pas pour son compte, fait également le même article en France et à l'étranger.

Celui-ci est en général quelque ancien notaire qui a eu des malheurs — quelque curé défroqué — quelque magistrat congédié, ou même quelque cabotin dans la détresse. Il représente le plus souvent une « compagnie anonyme », et pour allécher les docteurs qu'il visite, il leur fait savoir que la société dont il est le mandataire lui a donné un certain nombre d'actions pour être distribuées par ses soins aux médecins les plus aptes à envoyer des clients dans la station ! ! ! Et, pour prouver son dire, il extrait de son portefeuille crasseux des titres authentiques (parts de fondateurs) de la société, ajoutant que, du moment où vous en êtes possesseur, — il vous appartient d'en accroître la valeur par l'expédition de nombreux malades, dont l'exploitation méthodique et artistement organisée contribuera à donner de gros dividendes ! ! !

NOUVELLES

Faculte de médecine de Paris. — M. le professeur Duplay est dispensé du service des examens pendant l'année scolaire de 1896-1897.

Faculté de médecine de Paris. — La Faculté est autorisée à accepter le legs Rigout qui consiste en une rente annuelle de 900 fr. (ou 1,000 fr., si les ressources de la succession y suffisent), affectée comme suit : 500 fr. pour la meilleure thèse de chimie biologique ou de chimie physiologique ou de bactériologie ; — 300 fr. à la bibliothèque de la Faculté ; 100 fr. ou 200 fr., suivant le cas, à la société laïque d'enseignement.

Les certificats délivrés aux malades dans les hôpitaux. — M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, vient d'adresser aux directeurs des hôpitaux de Paris la circulaire suivante :

Paris, le 29 août 1896.

« Monsieur le Directeur,

Un receveur de l'Enregistrement ayant réclamé à M. le Dr Panas, de l'Hôtel-Dieu, le paiement d'une amende encourue pour la rédaction sur *papier libre* d'un certificat produit en justice par un malade et constatant la nature de ses infirmités, j'ai fait demander à la Direction générale de l'Enregistrement des domaines et du timbre une communication officieuse au sujet de la règle à suivre en cette matière.

Il résulte des renseignements qui viennent de m'être fournis que tous les certificats de médecins ou chirurgiens délivrés à des particuliers, dans un intérêt privé, sont assujettis au timbre de dimension, par application de l'article 12 de la loi du 13 brumaire an VII. Font seuls exception les certificats délivrés sur la réquisition des agents de l'autorité judiciaire ou de la force armée.

Il ne semble pas que l'Administration de l'Assistance publique puisse contester cette doctrine, et je vous prie de le porter à la connaissance de Messieurs les chefs de service de votre hôpital, qui seraient exposés à encourir *personnellement* une amende de 62 fr. 50 pour chaque infraction constatée.

Le principal de l'amende est de 50 fr. (loi du 2 juillet 1862, art. 22); il convient d'y ajouter deux décimes et demi (loi du 23 août 1871, art. 2 et loi du 30 décembre 1873, art. 2) soit au total une somme de 62 fr. 50, décimes compris (50+12, 50).

J'ajoute qu'une mention telle que *délivré à titre purement administratif* ne suffirait pas pour éviter la perception de l'impôt, si le possesseur du certificat en faisait usage à titre privé.

En vue de faciliter l'établissement des certificats sur imprimés pouvant être timbrés à 0 fr. 60, je donne au bureau des adjudications et services généraux des instructions pour réduire à la dimension réglementaire, soit 442 centimètres carrés de superficie (dimension de l'imprimé P. 25), l'imprimé du modèle A. 51, qui sert généralement à l'établissement des certificats.

En attendant que vous soyez pourvu de ces imprimés de dimensions réduites, vous pouvez vous baser sur les dimensions de l'imprimé P. 25 (mesurant 245 m/m sur 180), pour l'établissement de certificats de mêmes dimensions.

Il est d'ailleurs bien entendu que les certificats demandés par l'Administration, soit pour admission dans un hospice, soit pour toute autre fin, demeurent exonérés du droit du timbre ».

Un avis tout récent du ministre des finances porte que, tout bien examiné, les choses resteront en l'état; les médecins des hôpitaux pourront continuer à délivrer aux indigents des certificats sans avoir à craindre les rigueurs du fisc.

La Revue de Châlons. — Sur la liste, affichée au cercle militaire de l'avenue de l'Opéra, des objets trouvés dans les tribunes du camp de Châlons, se trouvent des choses curieuses, par exemple une épée de médecin-major avec son fourreau (!) et une capote de médecin-major ayant dans la poche des côtelettes (!!).

L'Association française de médecins et chirurgiens urologites, dans sa première séance tenue le 22 octobre, a constitué son bureau comme il suit :

Président : M. le professeur Guyon; vice-présidents : MM. Monod et Pousson ; secrétaire général : M. E. Desnos ; trésorier : M. Guiard ; secrétaires des séances : MM Banzet, Michon et Guiard ; Membres du comité : MM. Al-

barran ; Chevalier ; Carlier, de Lille ; Eraud, de Lyon ; Estor, de Montpellier ; Vigneron, de Marseille.

Nous commencerons dans notre prochain numéro le compte rendu de ce congrès.

La peste bovine a envahi les territoires des différents Etats de l'Afrique orientale et méridionale.

Parti des environs de Massaouah, en Abyssinie, le fléau s'est propagé vers le Sud, franchissant les immenses territoires qui séparent cette contrée de la Rhodesia, en décimant les troupeaux sur son passage et notamment ceux du Charterland et du Transvaal. Il a pénétré dans le Bechuanaland, où il a fait déjà périr plus de 40,000 têtes de gros bétail. On a constaté enfin sa présence dans l'Etat d'Orange; aujourd'hui, il est aux portes de la colonie du Cap, à quelques milles de Kimberley, en plein Bechuanaland britannique.

La subtilité du virus de cette maladie éminemment contagieuse, la facilité extrême avec laquelle elle se propage aux plus grandes distances et les désastres qu'elle cause partout où elle pénètre exigent que des mesures préservatrices soient prises pour empêcher l'introduction de cette épizootie non seulement en France, mais dans toutes nos possessions africaines

M. Méline, président du conseil, ministre de l'agriculture, justement alarmé du danger, a pris immédiatement un arrêté prohibant l'importation et le transit en France et en Algérie de tous les animaux vivants des espèces bovine, ovine et caprine et autres ruminants en provenance d'Afrique, à l'exception de l'Algérie, de la Tunisie et autres possessions françaises; leur viande, leur laine, les peaux, les os, cornes et tous objets pouvant servir de véhicule à la contagion sont compris dans la prohibition.

M. Méline a appelé en même temps l'attention du ministre des affaires étrangères et du ministre des colonies sur l'urgence d'appliquer les mêmes mesures en Tunisie et dans nos autres colonies africaines, particulièrement à Madagascar, pour les préserver du danger qui les menace et y empêcher l'introduction de la maladie qui y causerait des pertes énormes.

La mortalité à Paris. — Pendant la 43e semaine, du 18 au 24 octobre 1896, la mortalité à beaucoup augmenté, le service de la statistique a compté 852 décès au lieu de 751 et de la moyenne 833.

Les maladies épidémiques continuent cependant à être rares (45 au lieu de 16 et de la moyenne 37), la fièvre typhoïde a causé 4 décès au lieu de 5 et de la moyenne 11; la rougeole qui n'avait pas causé de décès depuis 15 jours a fait 2 victime (moyenne 3); la scarlatine 1 au lieu de 1 et de la moyenne 2, la coqueluche 3 au lieu de 4 et de la moyenue 5, la diphtérie 6 comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 13.

Il n'y a pas eu de décès, ni par variole, ni par typhus.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 38 décès au-dessous de 1 an comme la semaine dernière au lieu de 34 et de la moyenne 56.

En outre 17 enfants sont morts de débilité congénitale.

L'augmentation de la mortalité porte surtout sur les maladies des voies respiratoires. En effet les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 79 décès (au lieu de 53 pendant la semaine précédente et au lieu de 81, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 7 décès (au lieu de la moyenne 11) ; bronchite chronique, 17 décès (au lieu de moyenne 25) ; broncho-pneumonie, 26 décès (au lieu de moyenne 15) ; pneumonie, 29 décès (au lieu de la moyen 30). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont e traîné 38 décès, dont 26 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 191 décès au lieu de moyenne 181 ; la méningite tuberculeuse, 16 décès; la m ningite simple, 17 ; les tuberculoses autres que celles q précèdent ont causé 30 décès ; l'apoplexie, la paralysie le ramollissement cérébral, 80 décès, et les maladies organ ques du cœur, 61; le cancer a fait périr 45 personnes. Enfi 30 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 12 suicides, et 14 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 429 mariages.

On a enregistré la naissance de 1064 enfants vivan (537 garçons et 527 filles), dont 789 légitimes et 275 illégitimes. Parmi ces derniers, 34 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 339 enfants, dont seront placés à Paris, Parmi ces enfants, 92 seront nourr au sein et 247 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 75 morts-nés(dont 52 légitimes et 23 illégitimes).

Nécrologie. — Le Dr Lefèvre (Auguste), médecin-maj de 1re classe, en retraite, décédé à Marseille, à l'âge 76 ans. — Le Dr Villard (Antoine-Césaire) père, de Ma seille, décédé à l'âge de 91 ans. — Le Dr Chalamet (C mille), de Loriol, conseiller général de la Drôme, chevali de la Légion d'honneur, reçu en 1854. — Le Dr Bride, Bois d'Oingt (Rhône). — Le Dr Olivier, médecin adjoi à l'asile d'aliénés de Saint-Jean-de-Dieu de Lyon. — No avons le profond regret d'annoncer la mort de l'un d hommes pour lesquels nous avions le plus d'affection d'estime : Victor Hanot, agrégé de la faculté de médecin médecin de l'hôpital Saint-Antoine, auteur de tant et de beaux travaux, en particulier sur la pathologie du foie, e mort brusquement l'après-midi de mardi 27 octobre, en sc domicile, 122, rue de Rivoli. Hanot allait être très certa nement nommé professeur à la faculté dans quelques jou et déjà il avait commencé à préparer le cours qu'il deva inaugurer le 12 mars prochain. — Le Dr Chéron (Jacque Paul), ancien interne des hôpitaux de Paris, licencié sciences, décédé à Quinéville (Manche), le 23 octobre, l'âge de 42 ans. Chéron était depuis longtemps atteint d'u affection cardiaque qui l'empêchait de faire de la clientèl

VIN ARQUD (viande, quina et fer). — Régénérateur puissant pour guérir : **Chlorose, Anémie profonde, Menstruation douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhée**

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

NUTRITION DES ENFANTS. Farine Vigier, *ne constipa pas.*

Le Gérant : A. Chevalereau

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat.